UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1916 N°

THÈSE

POUR

le Doctorat en Médecine

Ulcus Duodénal

et

Appendicite chronique

PAR

LECLERC Pierre

Né à Digne (Basses Alpes), le 25 juin 1889

Président : M. CHAUFFARD

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince VIe

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Assesseur	G. POUCHET
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ HENRI	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY.	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LÉRI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CHAUFFARD

Membre de l'Académie de médecine
Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital St-Antoine.
Officier de la Légion d'honneur

en hommage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il veut bien nous faire en présidant notre thèse.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR OETTINGER

Médecin de l'hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'honneur

en témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a pas cessé de nous témoigner durant le temps passé auprès de lui.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBEMALE

Professeur de clinique médicale
Doyen de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFFSSEUR GAUDIER

Professeur de clinique chirurgicale infantile
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR BARTH (1912-1913).

M. LE DOCTEUR DEMOULIN (1913-1914).

M. LE DOCTEUL ŒTTINGER (1914-1916).

A MES PARENTS — A MES AMIS

L'ULCUS DUODÉNAL ET L'APPENDICITE CHRONIQUE

INTRODUCTION

Parmi les affections abdominales à marche chronique, ayant la douleur pour principale manifestation, il en est deux : *l'ulcus duodénal et l'appendicite chronique*, dont le diagnostic différentiel est particulièrement délicat.

Les localisations réciproques de la douleur spontanée et de la douleur provoquée sont, normalement déjà, assez voisines pour que le diagnostic soit hésitant.

Mais la difficulté augmente encore, du fait des localisations parfois atypiques de ces symptômes douloureux, surtout si la douleur est la seule manifesta-

tion de l'ulcus ou de l'appendicite ; les autres symptômes faisant défaut ou restant peu nets.

Comme le dit Houdart, « la tendance exagérée que l'on a toujours à diagnostiquer l'appendicite en cas de douleurs abdominales, peut faire plutôt porter le diagnostic d'appendicite chronique — quand on se trouve en présence d'un ulcère du duodénum occasionnant des douleurs dans la partie droite de l'abdomen et s'accompagnant de vagues troubles dyspeptiques — que commettre l'erreur inverse.

Nous avons eu l'occasion, pendant le cours de ces deux dernières années, d'observer dans le service du Dr Oettinger de nombreux cas justifiant cette remarque. Les malades dont nous donnerons les observasions dans ce travail avaient été considérés par leurs médecins comme atteints d'appendicite chronique.

Notre but n'est pas de faire ici une étude détaillée de ces deux affections ; ulcus duodénal et appendicite chronique qui ont été toutes deux l'objet des travaux très complets et récents de Houdart et Girou.

Nous nous contenterons de rappeler leurs différents symptômes, pour insister ensuite plus particulièrement, sur ceux qui peuvent prêter à erreur — comme sur ceux qui permettront leur différenciation.

Les difficultés de diagnostic sont encore plus grandes — nous le remarquerons en terminant — lorsque les deux affections coexistent, ce qui s'est présenté chez plusieurs des malades dont nous relaterons l'histoire

Dans ce travail que nous nous sommes efforcé de

rendre aussi clinique que possible, nous nous sommes largement inspiré des conseils de notre maître le Docteur Oettinger, a qui nous renouvelons ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a pas cessé de nous témoigner, pendant les nombreux mois passés auprès de lui.

ULCÈRE DUODÉNAL

HISTORIQUE ET DEFINITION

Nous aurons seulement en vue ici l'ulcère du duodénum décrit par BUCQUOY *en* 1887. Par l'analyse clinique de 5 observations personnelles, il donna de l'ulcère du duodénum un tableau où prédominent trois symptômes principaux : l'*entérorragie,* la *douleur tardive après les repas,* siégeant à droite de la ligne médiane, la *conservation de l'appétit.* Dans sa thèse, COLLIN, en 1894, rapporte 262 observations d'ulcus duodénal et conclut à la fréquence de cette affection.

Les travaux des chirurgiens anglo-américains ont tendu à prouver son existence encore plus fréquente. Ils lui ont, en même temps, attribué un ensemble de symptômes qu'ils ont donnés comme tout à fait typiques. Dans les travaux de MOYNIHAN, des frères MAYO de Rochester, de MAYO ROBSON de Londres, de CODMAN de Boston, on trouve décrit, sous le nom d'ulcus duo-

dénal, le syndrôme pylorique mis en lumière, depuis 1901, par HAYEM, SOUPAULT et HARTMANN, syndrôme qui est sous la dépendance d'un ulcère voisin du pylore et retntit sur le fonctionnement du sphincter.

C'est sur cette confusion que M. MATHIEU et M. ŒTTINGER ont insisté au cours de ces dernières années, soit à la Société de Chirurgie, soit à la Société médicale des hôpitaux, en montrant qu'il fallait bien distinguer dans l'ulcère duodénal deux types aussi différents au point de vue clinique qu'au point de vue localisation anatomique.

Ulcus duodénal juxta pylorique. — L'un *l'ulcus duodénal*, décrit par MOYNIHAN et les auteurs anglo-américains, mérite bien plutôt la dénomination d'ulcère juxta-pylorique; situé au niveau du pylore, tantôt sur son versant gastrique, tantôt sur son versant duodénal, il présente les symptômes de l'ulcus gastrique à siège pylorique. C'est le type le plus fréquemment observé.. Il donne naissance à des douleurs épigastriques quotidiennes, s'irradiant dans le dos, ou à des sensations de constriction thoracique, apparaissant en général 2 à 3 heures, quelquefois plus, après les repas, calmées généralement par l'ingestion des aliments. Ces douleurs ont un grand caractère distinctif : c'est leur retour périodique. Persistant pendant quelques semaines, elles disparaissent ensuite pendant quelques mois, et reparaissent à nouveau; les périodes de calme devenant de plus en plus courtes au cours de l'évolution de la maladie.

Dans ces cas, l'estomac contient à jeun une certaine quantité de suc gastrique. A cette hypersécrétion s'ajoute la stase alimentaire lorsque la maladie, par suite de l'aggravation de l'ulcus aboutit à la sténose pylorique. Ce sont des formes où l'ulcère est, en fait, si près de l'anneau pylorique, qu'il ne tarde pas à l'envahir.

Ulcus duodénal vrai. — L'autre, *l'ulcus duodénal vrai* déjà décrit par BUCQUOY et sur lequel a insisté M. MATHIEU, siège assez loin du pylore pour ne pas troubler le fonctionnement de son sphincter. Il en est le plus souvent distant de 1 à 3 centimètres, quelquefois davantage, situé soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure du duodénum.

L'absence ou le peu d'importance des symptômes gastriques, — la conservation de l'appétit, la tolérance pour tous les aliments indifféremment, — est déjà un des dignes distinctifs de cette forme d'ulcus. A cela s'ajoute l'existence de douleurs à retour périodique, irrégulieres, à localisation spéciale, dans l'hypochondre droit, en dehors de la ligne médiane, au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes. Enfin l'apparition d'hémorragies intestinales à répétition, peu abondantes généralement, mais parfois aussi foudroyantes, est un des symptômes caractéristiques, mais pas très fréquent.

Ces symptômes apparaissent le plus souvent chez des malades ayant présenté antérieurement des troubles gastriques liés à une modification du chimisme stomacal.

Analysons donc chaque symptôme en particulier et chlrchons à en préciser la valeur.

Douleur spontanée, ses caractères. — Elle survient, nous l'avons dit, sous forme de crises, séparées par un temps plus ou moins long. D'une durée variant de un à plusieurs mois, elle se calme soudain, sans que l'on trouve toujours dans le repos ou le régime observé une raison à sa disparition. Puis elle réapparaît de nouveau. Elle est parfois intermittente pendant la crise, cessant à certaines heures; mais assez souvent, elle est continue, avec des exacerbations à horaire fixe, survenant tardivement après les repas. Elle re revient pas toujours après chaque repas, faisant défaut après le petit déjeuner du matin, peu copieux, survenant assez fréquemment 5 ou 6 h. après celui de midi et durant jusqu'au soir. Ou bien se manifestant après le dernier repas, vers minuit et persistant jusqu'au lendemain matin. C'est une sensation de brûlure, de torsion, de déchirement très vif, intense qui, par sa violence, oblige les malades à abandonner leurs occupations. Quelquefois, comme le dit Bucquoy « elle est telle que l'on voit le malade se plier sur lui-même, les genoux ramenés sur le tronc, le corps couvert d'une sueur froide, exprimant sa douleur par des cris ou des plaintes continuelles. »

Les chirurgiens anglo-américains ont décrit comme symptomatique la disparition de la douleur à la suite de l'ingestion d'aliments et ont donné à la coïncidence de la douleur avec le besoin de nourriture le nom carac-

téristique de « Hunger pain » (douleur de la faim). Mais ce fait, comme l'a fait remarquer M. Œttinger n'a rien de constant; certains malades s'abstenant plutôt de manger pour ne pas souffrir ou pour éviter de prolonger leur crise.

Il faut distinguer la douleur que le malade accuse spontanément de celle que le médecin provoque par l'exploration méthodique de l'abdomen. La douleur spontanée a, en général, une tendance à se localiser et à s'irradier du côté droit. Naissant dans la région sous-hépatique, dans le voisinage de la vésicule biliaire, ou en un point situé à droite de l'ombilic à égale distance du foie et de la crête iliaque, son principal caractère distinctif, au point de vue du diagnostic, est de s'irradier, soit en haut et à droite, vers la base droite du thorax et vers l'épaule droite; soit dans la région lombaire du même côté, au niveau des dernières vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires.

Douleur provoquée. — Lorsqu'on explore méthodiquement par la palpation la paroi abdominale d'un malade porteur d'un ulcus duodénal, on arrive généralement à réveiller le maximum de la douleur en un point assez précis siégeant sur une ligne allant du rebord des fausses côtes à l'ombilic, vers le bord externe du muscle grand droit au-dessous du bord inférieur du foie, point répondant à peu près à la première partie du duodénum. On constate également, assez souvent, l'existence, à la pression, d'une sensibilité épigastrique au-desous de l'appendice xyphoïde, comme cela est le

cas dans la plupart des affections douloureuses de la région abdominale supérieure.

Un autre fait a été signalé comme ayant une assez grande valeur : c'est la contracture du muscle grand droit de l'abdomen, à sa partie supérieure, du côté droit, au-dessous de ses insertions costales, contracture qui rend la palpation difficile.

Vomissements. — Les vomissements, contrairement à ce qui se passe dans l'ulcère gastrique ou juxta-pylorique, font défaut ou ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire. Quand, par hasard, ils surviennent, ils coïncident avec le paroxysme de la douleur et se composent non pas d'aliments mais de liquide clair, très acide ou amer ; en général, seulement quelques gorgées agaçant les dents et donnant une sensation de brûlure au pharynx.

Donc, douleurs généralement violentes, à siège et irradiation spéciales, se succédant par crises plus ou moins longues, et séparées par des intervalles de bonne santé relative avec conservation de l'appétit, absence de troubles gastriques et de vomissements si fréquemment observés dans l'ulcus pylorique : voilà deux des symptômes caractéristiques de l'ulcus duodénal vrai.

Cependant, ces symptômes peuvent parfois s'observer dans l'ulcère gastrique lui-même; mais, en pareil cas, leur fréquence est moindre. Enfin, il existe des ulcus duodénaux à symptomatologie assez fruste pour que le diagnostic ne puisse être fait.

Causes des variations dans l'horaire de la douleur. — Comment peut-on expliquer cette variabilité des manifestations de l'ulcus duodénal ?

Il semble qu'elle est due probablement au siège de l'ulcération qui peut être, bien que nettement duodénale, plus ou moins rapprochée de l'orifice pylorique sur lequel elle réagit en provoquant des phénomènes spasmodiques, origine de la douleur.

Aussi l'horaire de la douleur est-il assez trompeur.

Dans la statistique établis par SOMMERFELD, rapportée par M. ŒTTINGER, et qui note 33 cas d'ulcères, dont 12 étaient pyloriques et 21 duodénaux, l'auteur a constaté que la douleur apparaissait de trois à six heures après les repas 69 % dans le premier cas, 64 % dans le second.

Il est évident qu'un ulcère de la région pylorique se comportera d'une façon sensiblement la même qu'il soit du côté gastrique ou duodénal.

On voit que la distance séparant l'ulcus du pylore explique en partie les variations de l'heure d'apparition de la douleur.

L'existence fréquente d'adhérences périduodénales avec le hile du foie et la vésicule biliaire intervient aussi dans la pathogénie et l'horaire de la douleur.

Le duodénum étant fixé, le pylore s'abaissant pendant la digestion, les contractions péristaltiques tiraillent les adhérences; ou bien, après son évacuation, l'estomac se rétracte à gauche devenant, par les tractions qu'il fait sur l'ulcère, la cause des douleurs

tardives. Ou enfin les adhérences provoquent une gêne dans la motilité gastrique et dans l'évacuation du contenu de l'estomac expliquant ainsi la localisation à droite des douleurs.

Ces mêmes causes peuvent exister aussi dans le cas d'ulcus pylorique et donner des douleurs avec le même caractère et la même localisation. Toutefois, dans la statistique citée plus haut, les douleurs étaient dans l'ulcus duodénal 62 % à droite, et dans l'ulcus pylorique seulement 42 %. Dans le cas de douleurs situées à droite, il y a donc lieu de penser plutôt à l'ulcus duodénal.

Troubles gastriques. — Aux deux symptômes douleur et absence de troubles gastriques, s'ajoute l'étude du chimisme gastrique qui montre, si ce n'est en cas de complication ou de sténose duodénale secondaire, l'absence de dilatation de l'estomac, de contractions péristaltiques. L'estomac à jeun ne contient aucun résidu alimentaire. Il est vide et on n'en retire qu'un peu de liquide acide; l'hyperchlorhydrie serait constante d'après les auteurs; chez trois des malades de M. Œttinger, l'acidité variait de 2,63 à 4,74 0 ′00 et la proportion de H. cl. de 2,26 à 5,35 0 ′00.

Appétit. — L'appétit est, en général, conservé ou du moins se rétablit rapidement dès qu'une crise est passée; c'est un signe sur lequel insistait déjà Bucquoy.

Constipation. — La constipation est fréquemreuses. Elle semble sous la dépendance des troubles du chimisme gastrique.

Hémorragies intestinales. — L'hémorragie intestinale est un symptôme de grande valeur, bien qu'elle soit rare et qu'elle puisse aussi survenir dans l'ulcus gastrique sans s'accompagner d'hématémèse; tandis que dans des cas assez rares où le vaisseau ulcéré est d'assez gros calibre, le sang peut refluer du duodénum dans l'estomac et donner lieu à une hématémèse.

Cependant l'entérorragie, comme le dit BUCQUOY, a une très grosse importance quand elle est abondante et n'est qu'intestinale. C'est donc un signe dont l'apparition fixe le diagnostic; mais, heureusement, il est inconstant et il ne faut pas attendre qu'il survienne pour poser un diagnostic et prendre une décision thérapeutique.

Hémorragies occultes. — Aussi doit-on arriver à décéder la présence d'hémorragies occultes qui se trouvent avec une constance remarquable dans le cas d'ulcus gastrique, mais sont beaucoup moins fréquentes dans le cas d'ulcus duodénal, n'existant pas chez tous les malades ou bien ne se produisant que par intermittence.

Il faut probablement rechercher la cause de cette absence fréquente, comme le dit M. ŒTTINGER, dans ce fait que « moins irrité, moins en contact avec les

matières alimentaires que l'ulcère gastrique, siègeant dans une région de passage, le suintement sanguin au niveau de l'ulcère duodénal est moins constant et se mêle moins avec le bol alimentaire. » La présence d'hémorragies occultes a donc de la valeur au point de vue diagnostic, mais il ne faut pas tirer de leur absence une conclusion quelconque.

Parmi les procédés de recherche de la présence de sang dans les selles, celui de MEYER, basé sur la réaction de phénophtaline, se recommande par sa sensibilité et sa simplicité.

Réaction de Meyer. — Nous rappellerons ici très brièvement la technique de ce procédé.

On délaie dans de l'eau une petite quantité des matières fécales du malade, puis on prend un centimètre cube du mélange que l'on place dans un tube à essai et où l'on ajoute 10 centimètres cubes d'eau distillée, puis un centimètre cube du réactif de Meyer et 4 à 5 gouttes d'eau oxygénée.

La présence du sang est décelée par l'apparition d'une teinte rose qui augmente ensuite plus ou moins vite et persiste plus ou moins longtemps suivant la quantité de sang.

La théorie de la réaction est la suivante : Le sang intervient comme catalyseur, il fixe l'oxygène emprunté à l'eau oxygénée sur la phénolphtaline qui redevient phénolphtaléine, et le milieu étant alcalin cette transformation est marquée par l'apparition de la teinte rose ou rouge groseille caractéristique.

Une modification de cette méthode a été donnée tout récemment. Ele rend plus facile la comparaison calorimétrique de plusieurs résultats.

Après avoir trituré dans une capsule de porcelaine gros comme un haricot de matières fécales avec 10 c. c. d'alcool et 3 à 5 gouttes d'acide acétique glacial, on filtre et, au cas où le filtrat serait trop foncé, on peut encore ajouter 2 à 3 cent. cubes d'alcool. Dans un tube à essai, on verse 15 gouttes du réactif et 5 à 6 gouttes d'eau oxygénée, puis on ajoute 2 cent. cubes d'alcool absolu; enfin, avec un entonnoir, on fait tomber sur le liquide ainsi obtenu quelques gouttes de l'extrait alcoolico-acétique des matières fécales, il est même préférable de les faire couler le long de la paroi du tube et, au point de contact, on voit, en cas de présence du sang, se former un anneau d'une coloration rose plus ou moins accentuée.

Réaction d'Alder. — Un autre procédé, la réaction d'Adler à la benzidine, permet de déceler avec une plus grande sensibilité encore la présence du sang.

On broie gros comme une noix de matières fécales avec un tiers de volume d'acide acétique, puis on ajoute 10 cm^3 d'eau environ, 1 cm^3 ½ de réactif d'Adler et 1 cm^3 d'eau oxygénée. On obtient, en cas de présence de sang, une coloration bleue.

Examen radiographique et radioscopique. — Enfin, l'examen radioscapique et radiographique de l'estomac et du duodénum, venant s'ajou-

ter aux autres symptômes, a une très grosse importance. Il a permis, ces dernières années, de tirer quelques indications pour le diagnostic de l'ulcus.

Il semble que la présence, dans l'ulcère duodénal, d'adhérences avec le hile du foie, la vésicule biliaire, entraîne l'estomac sur la droite, le plaçant transversalement devant la colonne vertébrale.

A l'état normal, chez un sujet debout, la région pylorique est située sur la partie médiane de la troisième vertèbre lombaire, l'estomac étant tout entier à gauche de la ligne médiane.

Dans le cas d'ulcus, l'estomac est attiré vers la droite et la région pyloro-duodénale vient en contact avec le bord droit de la troisième vertèbre lombaire.

L'évacuation de l'estomac n'est pas retardée après l'ingestion du lait bismuthé. La première portion du duodénum apparaît sous forme d'un tache sombre n'ayant de valeur que si elle persiste un temps assez long après l'évacuation totale de l'estomac. Il semble qu'il s'agisse d'une évacuation retardée d'un duodénum fixé en haut par des adhérences ou aussi d'une imprégnation de l'ulcère par le bismuth.

Malheureusement, cette ombre, assez symptomatique d'un ulcère duodénal, n'apparaît pas dans tous les cas d'ulcus, mais surtout quand il s'agit d'ulcus anciens qui s'accompagnent de périduodénite et de lésions cicatricielles.

De l'examen radioscopique, on peut déduire que l'absence de distension du fundus, le peu de fréquence des contractions péristaltiques, sont des caractères qui

permettent de différencier l'ulcus vrai duodénal de l'uctus juxta-pylorique. A ces signes s'ajoute un caractère bien mis en lumière par MM. Œttinger et Bonniot : l'adhérence fixe entre la première portion du duodénum et le foie.

Ce sont là les principaux symptômes de l'ulcus duodénal vrai qui n'intéresse pas l'anneau pylorique et dont le diagnostic reste toujours délicat à poser. C'est presque toujours un simple diagnostic de probabilité où il faut tenir compte non pas de un mais de tous les symptômes. Il y aura, de toute façon, grand intérêt à le formuler d'une façon précise, les complications de l'ulcus duodénal (perforation et hémorragies) étant particulièrement redoutables et il y a une sanction thérapeutique qui s'impose.

APPENDICITE CHRONIQUE

SYMPTOMES

La symptomatologie de l'appendicite chronique est, en fait, si variable, suivant les cas, qu'il est difficile d'en donner un tableau d'ensemble.

Nous insisterons surtout sur les formes dans lesquelles la douleur qui est, dans l'appendicite chronique comme dans l'ulcus duodénal, un des symptômes principaux, peut, par ses localisations atypiques, donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Cette douleur est ou spontanée, ou provoquée.

SIGNES FONCTIONNELS

Douleur spontanée. — Spontanée, elle est souvent constante; mais le plus généralement intermittente comme dans l'ulcus. Elle apparaît parfois

pendant une heure ou deux dans une journée, parfois pendant plusieurs jours consécutifs, pour disparaître ensuite pendant des semaines. Elle peut, dans de nombreux cas, n'avoir qu'une durée très limitée : c'est une petite colique qui dure quelques secondes ou quelques minutes et qui disparaît laissant après elle un endolorissement persistant dans la fosse iliaque.

Chez certains malades, la douleur apparaît invariablement à la même heure, généralement vers 2 ou 3 heures du matin. Chez d'autres, c'est une position toujours identique pour le même malade qui provoque la douleur. Chez quelques-uns, c'est à la suite de l'absorption d'un aliment toujours semblable : œuf, bouillon gras, etc... que la douleur survient dans la nuit Parfois enfin, c'est à l'occasion d'une course en voiture ou en auto quelques heures après le repas, ou aussitôt après lui. Plus rarement, l'administration de lavements chauds ou froids peut réveiller cette douleur.

Elle apparaît, soit sous forme d'une sensation de torsion, soit d'un endolorissement, accompagnée de brûlures, de tiraillements. Son siège est généralement la fosse iliaque droite.

Dans un petit nombre de cas que nous aurons surtout en vue, elle est localisée dans la région épigastrique et rattachée par le malade à des troubles gastriques.

Dans le cas d'appendice plongeant dans le petit bassin, elle peut être ressentie dans la région lombaire.

Plus rarement, elle siège au niveau de la base du triangle de Scarpa, ou en arrière et au-dessus de la crête iliaque.

Irradiations de la douleur. — Les irradiations sont variables. Tantôt dans le flanc droit ou bien vers le foie, les reins, les cordons, les testicules. La proximité de l'appendicite et du nerf crural explique les irradiations douloureuses dans le territoire de ce nerf. La position variable de l'appendice dans l'abdomen est la cause de la multiplicité de ces irradiations qui sont hypogastriques si l'appendice est en situation pelvienne; lombo-iliaques, s'il est rétro-cœcal et adhérent à la paroi postérieure; enfin sous-hépatique s'il est en situation haute. La localisation de la douleur spontanée est, du reste, assez trompeuse, les malades s'étudiant souvent mal.

Douleur provoquée. — A cette douleur spontanée, s'ajoute la douleur provoquée par la palpation de la paroi abdominale; elle a beaucoup plus de valeur, étant d'abord plus constante, existant chez les malades n'ayant pas de douleurs spontanées ou persistant dans l'intervalle des crises douloureuses.

Comme l'a montré WALTHER, elle a un siège fixe traduisant les lésions appendiculaires.

Elle est de plus : profonde, précise, limitée et constante, durant quelques minutes après la palpation. Il faut enfin la chercher à plusieurs reprises, à des moments différents de la journée et de la digestion.

Son absence doit rendre plus exigeant pour les autres symptômes et même méfiant.

Cette douleur est localisée, le plus souvent, dans la

fosse iliaque droite, s'irradiant de là dans les mêmes régions que la douleur spontanée.

On a cherché à déterminer des points de repère pour localiser cette douleur sur la paroi abdominale. De là, plusieurs points dont le plus connu, celui de *Mac Burney,* siège, d'après la description de son auteur, à un pouce et demi ou deux pouces (3 cm. 81 à 5 cm. 08) de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur une ligne oblique menée de cette épine à l'ombilic.

Le point de Lanz se trouve au tiers de la ligne bi-iliaque.

Le point de Munro serait sur la ligne spino-ombilicale à son intersection avec le bord interne du grand droit ou à 2 pouces 6 (6 cm. 5) de l'épine iliaque antéro-supérieure, un peu plus interne que le point de Mac Burney.

Le point de Morris, qui aurait une grande importance dans l'appendicite chronique, siège sur la ligne bi-iliaque, à 1 pouce ½ (3 cm. 81) de l'ombilic. Il correspondrait au ganglion sympathique droit et ne se rencontrerait jamais dans les affections sus-ombilicales.

Le point de Lanz serait plus près de l'appendice, tandis que le *point de Mac Burney* répondrait, d'après les recherches de Garan au moyen d'aiguilles sur des cadavres, au bord interne du côlon ascendant, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la base de l'appendice et correspondrait au territoire cutané du segment médullaire auquel se rendent les nerfs afférents de l'appendice.

Cette conception n'est qu'une application des idées

énoncées par HEAD. Pour cet auteur « lorsqu'un viscère abdominal est atteint, la douleur s'irradie dans tous les nerfs de la vie de relation procédant du segment médulaire auquel aboutissent, par l'intermédiaire des ganglions, les filets sympathiques de ce viscère; les segments médullaires servant de centre de réflexion entre les territoires sympathiques dépourvus de sensibilité douloureuse et les territoires des nerfs spinaux où l'irritation causale et lointaine se traduit par des localisations névralgiques plus disséminées. »

Le point de Mac Burney correspondrait donc au territoire cutané du segment médullaire où aboutissent les nerfs venus de l'appendice.

Le point de Lanz indiquerait seulement le siège de l'appendice lui-même.

JALAGUIER tend à voir dans le *point de Mac Burney* l'émergence de la branche perforante de l'abdomino-génital.

Signe de Rovsing. — Notons enfin que la douleur peut être provoquée, suivant la technique donnée d'abord par WALTHER et plus tard par ROVSING : par la palpation à distance et en exerçant une pression avec la main appliquée à plat sur les parties médiane et gauche de l'abdomen, on refoule les gaz intestinaux dans la partie droite du côlon et dans le cœcum. Ce signe, assez constant, fournit d'utiles indications dans les cas douteux.

Constipation. — — De tous les symptômes fonctionnels, le plus important, — peut-être aussi le plus fréquent après la douleur, — est la constipation. Ce n'est pas cependant un phénomère constant. Elle n'apparaît, en somme, que secondairement à la colite qui accompagne souvent mais non toujours l'appendicite chronique : quand elle existe, c'est une constipation opiniâtre résistant aux purgatifs et lavements qui l'aggravent plutôt. Le malade va à la selle tous les deux ou trois jours, parfois moins souvent. Cette constipation est coupée de crises de diarrhée très liquide et fétide.

Vomissements. — Les vomissements qui ne sont pas rares dans l'appendicite chronique de l'enfance, surviennent également chez l'adulte, provoqués souvent par l'ingestion de certains aliments : le bouillon gras, les œufs, par exemple.

Anorexie. — L'anorexie est fréquente, surtout élective pour la charcuterie, les œufs, les aliments gras, s'accompagnant, si elle est accentuée, de pâleur du teint et de maigreur.

Troubles gastriques.— Les digestions sont lentes avec des rougeurs de la face, des bourdonnements d'oreille et des palpitations, quelquefois des vertiges.

D'autres malades, à la suite des repas, ont des crampes d'estomac, ou d'autres phénomènes de dyspepsie, qui paraissent provenir d'une gastropathie d'origine ulcéreuse sans qu'il y ait ulcus.

Langue. — La langue est presque toujours blanche et saburrale, état naturellement connexe des troubles intestinaux.

SIGNES PHYSIQUES

L'examen du malade révèle, à la percussion, un signe donné par KLEMM et indiquant probablement la parésie de la musculature intestinale : c'est le météorisme local, limité au cœcum.

La palpation de l'abdomen, en réveillant la douleur provoquée, montre en même temps un peu de résistance de la fosse iliaque droite.

SIGNES GENERAUX

L'amaigrissement est souvent assez considérable. WALTHER signale un amaigrissement de 7 kilos 500 en quelques mois. COMBY, un de 15 kilos en 4 ans. GIROU cite dans sa thèse une perte de 10 kilos en quelques mois.

Courbe thermique. — L'étude attentive de la courbe thermique permettra très souvent de déceler une légère ascension de la température. C'est là un symptôme de grande valeur, fréquent sinon constant, et qui demande à être recherché avec soin. Car l'élévation thermique est, en général, peu intense, de 5 à 6 dixièmes de degré le soir, et atteignant rarement un degré comme dans la tuberculose. Elle est augmentée par la fatigue et par les écarts de régime; ce dernier caractère montre son origine dans le tube digestif. Parfois, la courbe thermique prise pendant plusieurs jours est, dans son ensemble, plus élevée que la courbe normale, au lieu de ne présenter qu'une simple élévation vespérale — ou bien, par opposition à ce qu'on rencontre dans la tuberculose, l'hyperthermie ne se manifeste que dans la matinée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE

l'Ulcus duodénal et l'Appendicite chronique

Lorsqu'on se trouve en présence d'un ulcère duodénal vrai, les symptômes gastriques sont tellement atténués, que l'on est amené à penser non pas à l'ulcère stomacal ou juxta-pylorique, mais plutôt à l'appendicite chronique ou à la cholélithiase.

M. Œttinger, montrant la difficulté du diagnostic entre l'ulcère duodénal et la cholélithiase, a signalé, en même temps, temps que leur coexistence n'était pas extrêmement rare.

Comme nous l'avons dit au début de ce travail, nous nous occuperons seulement ici du diagnostic différen-

tiel entre l'appendicite chronique et l'ulcère duodénal.

Paterson, dans de nombreux articles, a déjà tenté de différencier ces deux affections dont les localisations douloureuses si rapprochées prêtent souvent à confusion. Mais il ne s'est pas limité au seul type d'ulcère duodénal vrai. A cette juxtaposition des deux zones douloureuses, s'ajoute une certaine similitude dans le tableau clinique.

Par l'analyse détaillée des différents symptômes de l'appendicite et de l'ulcus, on peut cependant arriver le plus souvent à différencier les deux affections.

Dans l'appendicite chronique, comme dans l'ulcus duodénal, la douleur peut apparaître sous forme de crises récidivantes. Dans certaines formes, la prédominance des troubles digestifs consistant : en douleur épigastrique parfois exacerbée périodiquement, avec éructations acides, augmentation de l'acidité du suc gastrique, rend le diagnostic encore plus malaisé. Il faut, pour assurer ce dernier, tout un groupe de symptômes où chacun d'eux peut marquer; mais où chacun de ceux qui existent donne plus de valeur à l'ensemble.

Difficulté de localiser l'origine de la douleur. — En effet, il n'est pas un seul des signes qui ne soit trompeur ; tout d'abord, la douleur provoquée doit, comme nous l'avons vu, être profonde, précise, fixe et constante au point de Mac Burney ou en un des autres points (Lanz, Morris, Munro), persistant sous forme d'endolorissement après cessation de la presion,

et être provoquable par la pression large, profonde, exercée à distance et dilatant le cœcum en y refoulant les gaz intestinaux.

La douleur spontanée n'a pas une valeur absolue au point de vue diagnostic. Son siège peut parfois égarer celui-ci si on néglige de localiser la douleur provoquée. De plus, les irradiations des deux douleurs spontanée et provoquée sont parfois si aiguës qu'elles peuvent tromper sur leur point de départ. Ainsi la douleur irradiée dans l'épigastre, tèrs fréquente et très intense dans certaines formes gastriques, fait penser à un ulcus gastrique ou duodénal; mais, dans ces cas, en appuyant le doigt sur le point de Mac Burney d'une façon continue et en recherchant avec l'autre main la sensibilité des autres régions, on arrive à trouver plus facilement le siège principal de la douleur provoquée.

Cette évidence de la difficulté de localiser la douleur dans la région ombilico-iliaque droite découle bien des travaux de Lœper et Esmonnet, qui ont divisé l'abdomen en une série de zones de sensibilité correspondant aux diverses chaînes sympathiques. Les points principaux donnés sont :

Le point épigastrique.

Le point mésentérique supérieur correspondant au point de Morris dans le tiers interne de la ligne spino-ombilicale et répondant à l'instestin grêle et à la moitié droite du côlon.

Le point mésentérique inférieur, à 3 centimètres de la ligne médiane et à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic répondant à la moitié gauche du cœur.

La région du plexus solaire qui correspond à l'ombilic et à la région péri-ombilicale.

Le point aortique entre les points mésentériques et le promontoire.

Les deux points iliaques en bas et en dehors des précédents.

En rapport avec les organes profonds, ces points traduisent des douleurs dont les causes sont très diverses.

La multiplicité des points dans la région droite de l'abdomen montre combien il est délicat de baser un diagnostic sur la localisation d'une douleur dans cette région.

D'autre part, nous ne citerons, que pour mémoire, les recherches de HEAD, dont nous avons déjà rappelé le principe et qui tendaient à limiter sur la paroi abdominale un territoire cutané d'hypéresthésie dévolu au duodénum et un autre à l'appendice.

La *zone duodénale* s'étend entre la zone de la vésicule biliaire et la zone de l'appendice. Elle occupe presque exclusivement le côté droit. Sa limite supérieure est une ligne horizontale à mi-chemin de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Elle se resserre au niveau de la ligne axillaire, s'élargit, puis se perd à partir de la ligne scapulaire. Elle correspondrait à la zone du 9e segment dorsal de HEAD.

La zone appendiculaire commence : en haut, un peu au-dessous de l'ombilic; en bas, un peu au-dessus du pubis et s'étend, en arrière, de la 11e vertèbre dorsale à la 2e lombaire.

L'utilisation de ces zones cutanées pour le diagnostic de l'ulcus duodénal ou de l'appendicite chronique ne donne en fait aucun résultat. Cette hypéresthésie cutanée n'existant pas dans l'appendicite chronique ni dans l'ulcus duodénal, tandis qu'on la voit au contraire fréquemment chez des malades inanitiés et déshydratés à système nerveux hypersensible et ne présentant aucune lésion de leurs organes abdominaux. Chez eux, la constatation de ces zones d'hypéresthésie ne pourrait qu'induire en rerreur.

Cette impossibilité d'utiliser les travaux de HEAD est d'autant plus regrettable que la difficulté du diagnostic est augmentée dans les cas de ptose gastro-duodénale où le pylore descend très bas, souvent jusque dans la région occupée par l'appendice.

Dans ces cas, une douleur pylorique ou duodénale peut avec encore plus de facilité être rattachée à l'appendice.

Au cours de cette année, nous avons eu l'occasion d'observer un cas typique de ce genre d'erreur qui fit porter un diagnostic d'appendicite chronique suivi d'appendicectomie.

OBSERVATION I

S..., 27 ans, entre à l'hôpital le 2 février, souffre depuis l'âge de 19 ans du creux épigastrique avec irradiations dans le dos une heure après les repas, pendant 3 à

4 heures. Pas de vomissements, pas de douleurs nocturnes. Depuis cette époque, alternatives de douleur et de calme. L'appétit était bon. Quelques mois après le début, aux douleurs épigastriques s'ajoutent des douleurs dans la fosse iliaque droite. Sensation d'élancements, qui devient bientôt continue même quand la malade était couchée. Exacerbation de la douleur par crises avec irradiations en arrière vers les lombes. Pas de vomissements.

Il y a quatre ans, un médecin consulté diagnostique une appendicite chronique; diagnostic monfirmé à la consultation d'hôpital où va la malade. A cette époque, constipation. Disparition des douleurs à l'épigastre.

En novembre 1915 : **Appendicectomie.**

Les douleurs de la fosse iliaque persistent comme avant. Ce sont des douleurs sourdes, continues avec exacerbations après les repas, s'irradiant dans la région lombaire à droite.

Constipation. Pas de vomissements. Appétit bon.

Examen des selles, réaction de Meyer : positive.

L'examen de la malade montre une ptose rénale droite, un ptose gastrique, un gros clapotage gastrique.

Douleur réveillée à la pression sur la ligne médiane à l'épigastre et à droite, à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'examen radiographique de l'estomac après ingestion de lait bismuthé montre un estomac très abaissé, dont le bas-fond se trouve devant le sacrum. La région pylorique est à droite de la 5e vertèbre lombaire.

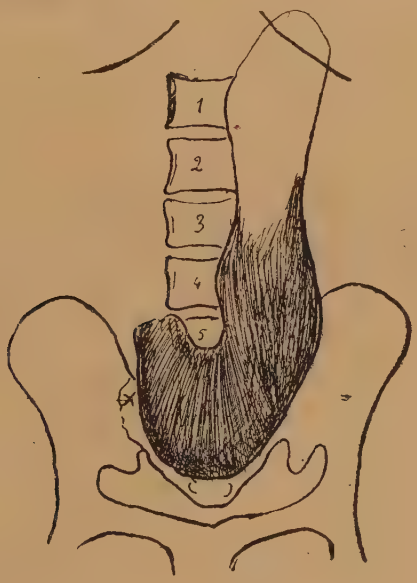
L'évacuation est très peu retardée; cependant, 4 h. 45 après l'ingestion, il reste un peu de bismuth dans l'estomac.

Un point de repère opaque, placé à l'endroit indiqué comme douloureux par la malade, correspond, par rapport au squelette, à l'articulation sacro-iliaque droite, au niveau de l'aileron sacré. Par rapport au tube gastro-

duodénal, il semble répondre à la deuxième portion du duodénum.

Le 24 mai, examen des matières : Meyer = + + +

Le 8 juin, examen des matières : Meyer = + + +



Radiographie de S.

10 minutes après injection de bismuth

Voici donc un cas où la radiographie s'ajoutant aux autres signes fournis par la palpation a permis d'attribuer au duodénum très ptosé l'origine des douleurs qui avaient été rattachées à l'appendice par suite de leur localisation.

Mais ,même dans le cas de position normale de l'estomac et du duodénum, le diagnostic n'en reste pas moins délicat. On se basera alors sur les faits suivants: l'évolution de la maladie, l'intermittence des crises douloureuses séparées par des périodes de calme où il y a absence de symptômes avec conservation de l'appétit plaideront en faveur de l'ulcus. Tandis que dans l'appendicite, les troubles gastriques persistent souvent dans l'intervalle des crises sous forme de pesanteur et de gêne après les repas.

Caractères de la douleur. — La localisation des douleurs sous les fausses côtes à droite, leurs irradiations vers le haut du thorax ou en arrière et non vers le bas de l'abdomen, leur apparition tardive, leur corrélation avec les repas, la fréquence de leur maximum pendant la nuit — surtout pendant la deuxième moitié de la nuit — leur amélioration par le régime lacto-farineux et le bismuth combiné avec le repos au lit, l'absence de fièvre; tous ces caractères, nettement constatés, orienteront le diagnostic du côté de l'ulcus.

Dans les appendicites à douleur épigastrique, l'irradiation se fait généralement vers le bas; ce qui, dit Paterson « est symptomatique de lésion appendiculaire ». La douleur n'est nullement influencée par l'administration de bismuth ou d'alcalins. Elle n'apparaît pas en rapport avec l'heure des repas, s'accompagne souvent d'une légère élévation thermique coïncidant avec la constipation opiniâtre.

Enfin, la palpation de la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite, révèle une résistance qui peut être très peu marquée et n'est souvent appréciable que par la comparaison avec le côté opposé.

Modification de la sécrétion gastrique. — Dans de nombreux cas d'appendicite à forme gastralgique, l'altération du contenu gastrique n'est pas en rapport avec la sévérité et la durée des symptômes. L'existence de signes marqués d'ulcus duodénal avec l'absence de troubles du chimisme gastrique pourrait plutôt faire penser à des lésions appendiculaires; mais le plus souvent les douleurs sont moins intenses que dans l'ulcus.

Hémorragies intestinales. — Il est évident que l'apparition d'une hémorragie intestinale fixerait le diagnostic en faveur de l'ulcus duodénal, mais ce symptôme n'est pas constant.

Il faut donc rechercher les hémorragies occultes par la réaction de Weber ou celle de Meyer en se souvenant, comme nous l'avons dit plus haut, que si leur présence confirme l'ulcus, leur absence n'infirme pas absolument son diagnostic. Comme le dit M. Œttinger l'ulcus duodénal, moins irrité par les matières alimentaires qui ne font que passer, saigne moins aisément et le sang de l'hémorragie se mélange plus difficilement au contenu duodénal.

Il est donc nécessaire de renouveler plusieurs jours de suite cette recherche dans les selles du malade. La

réaction pouvant être positive un jour, négative le lendemain ou inversement.

Radiographie. — Enfin, la radiographie, après ingestion de lait bismuthé, permettra, comme nous l'avons déjà vu, de compléter le diagnostic en repérant — par rapport au conduit gastro-duodénal — le point douloureux provoqué par la palpation de l'abdomen; et en montrant fréquemment, lorsqu'on est en présence d'un ulcère duodénal, l'existence d'adhérences fixes entre la première portion du duodénum et le foie.

Nous verrons, dans le chapitre suivant que la certitude en faveur de l'un ou l'autre diagnostic est, dans certains cas, presque impossible. Heureusement, il est consolant de penser que, de toute manière, la thérapeutique est la même et que, seule, une intervention chirurgicale est capable d'agir efficacement.

COEXISTENCE
de
l'Ulcus duodénal et de l'appendicite

La coexistence de l'ulcus duodénal et de l'appendicite chronique chez le même malade augmente encore la difficulté du diagnostic différentiel. Elle a déjà été signalée par de nombreux auteurs. La fréquence de cette association, une fois constatée, n'a pas tardé à faire naître des théories tendant à en expliquer la pathogénie; il en est deux qui ont été particulièrement discutées : la théorie *toxémique*, la théorie *embolique*.

Théorie toxémique. — Dieulafoy, dans une de ses chroniques médicales de l'Hôtel-Dieu, attirant l'attention sur cette coexistence, en relate une observation personnelle et en signale quelques cas déjà parus dans la littérature anglaise des années précédentes. Il s'agit toutefois d'ulcus duodénaux ayant

abouti à la perforation ou s'étant accompagnés d'hémorragies abondantes. A la suite de ces complications, il fut permis de reconnaître, au cours des opérations d'urgence pratiquées l'existence de lésions appendiculaires.

Dans un cas publié par LEWARD SEDWICK, il s'agit d'une appendicite chronique. Le malade ne fut opéré qu'à sa troisième crise et c'est quelques jours plus tard qu'apparurent les hémorragies intestinales qui provenaient d'un ulcus perforant de la deuxième portion du duodénum.

Dans les observations rapportées par les auteurs anglais, aucun signe d'ulcus (hématémèse, mélœna, troubles gastriques) indiquant qu'il existât une lésion ulcéreuse en évolution, n'est relevé auparavant. L'appendicite paraît avoir précédé l'ulcère. Pour DIEULAFOY, comme pour la plupart des auteurs anglais, chez les malades atteints d'appendicite, les ulcérations gastriques et duodénales seraient dues à l'action nécrotante des toxines d'origine appendiculaire. Ce sont là des cas d'appendicite à forme surtout aiguë. Mais PATERSON estime à 60 % la proportion de ceux qui, opérés pour un ulcus duodénal, sont porteurs de lésions de lésions chroniques appendiculaires. Pour lui, comme pour DIEULAFOY, l'ulcus est d'origine toxémique.

Il cite, en particulier, le cas d'une de ses malades ayant présenté des troubles gastriques (hyperacidité, hématémèse, melœna) en même temps que des symptômes douloureux au point de Mac Burney. Au cours de l'opération, il se borner à pratiquer l'ablation de

l'appendice atteint de lésions non douteuses d'inflammation chronique. Du côté du duodénum et de l'estomac, il ne trouva rien d'appréciable pour confirmer le diagnostic d'ulcus qu'il avait porté. Mais un an après, la malade eut de nouvelles hématémèses qui nécessitèrent une 2e intervention. PATERSON reconnut alors, à la palpation, un ulcus duodénal qui dans l'intervalle des 2 opérations s'était induré — alors qu'il était relativement récent et avait échappé à son examen la première fois. — Une gastro-entérostomie améliora considérablement l'état de la malade.

PATERSON, dans ses conclusions, va jusqu'à attribuer la plupart du temps les symptômes gastriques que l'on voit au cours de certaines appendicites à des lésions coexistantes du côté du duodénum, étant donné que 10 % des malades ayant subi une appendicectomie n'avaient pas vu leurs symptômes gastriques disparaître.

Théorie embolique. — MANHERT a trouvé une proportion voisine de celle de PATERSON. Il relève 64 % d'appendicites chroniques chez les malades atteints d'ulcus gastrique ou duodénal. Pour lui aussi, les lésions appendiculaires précèderaient l'ulcus, mais elles le provoqueraient par de petites poussées de phlébite et de thrombose des veines appendiculaires, qui seraient le point de départ de petites embolies rétrogrades allant se fixer sur l'estomac ou le duodénum et donnant lieu à des ulcérations. C'était aussi l'opinion de WILKIE et de PAYR qui avaient signalé la coexistence des deux affections.

Dans la statistique de FENWICK, la proportion est moins grande. Il relate que, sur 112 laparotomies faites au cours des deux années précédentes pour symptômes d'hyperchlorhydrie et où l'on examina systématiquement l'appendice, il fut trouvé :

Ulcus gastrique	13
Ulcus duodénal	46
Lithiase biliaire	12
Lésions appendiculaires	22
Ulcus gastrique et duodénal coexistants	3
Ulcus duodénal et lithiase biliaire	3
Ulcus duodénal et appendicite ...	4
Néoplasme pylorique	4
	112

Sur les 46 cas d'ulcus duodénal, dans trois seulement il y avait eu hématémèse.

Sur les 22 cas de lésions appendiculaires, des signes nets d'appendicite permettant de porter un diagnostic avant l'intervention s'étaient manifestés seulement dans 7 cas.

En recherchant dans les observations des malades examinés à la consultation des maladies d'estomac de M. ŒTTINGER, durant ces cinq dernières années, nous avons relevé, sur 42 cas d'ulcus duodénal, la coexistence, dans 10, d'appendicite chronique. Soit une proportion atteignant 23,8 %

Dans le cours de cette année, nous avons eu l'occasion d'observer plus particulièrement, à Cochin, chez un de nos malades, cette coexistence d'ulcus duodénal et d'appendicite chronique.

OBSERVATION II

Il s'agit d'un mineur, L..., âgé de 35 ans. En 1905, à Lens, le malade est pris brusquement d'une douleur assez vive au point de Mac Burney, pas de vomissements mais de la température.

Il reste à la diète avec de la glace sur l'abdomen pendant 5 jours.

Puis est alité 3 mois avec alimentation de purées et lait.

La douleur s'atténue et disparaît. Constipation seule persiste. Jusqu'en octobre 1914, il reste sans souffrir et sans aucun trouble gastrique, ni douleurs, ni vomissements.

En octobre 1914, apparition de douleurs abdominales pour lesquelles il entre à l'hôpital en mai 1915, envoyé par son médecin pour appendicite chronique. Ses douleurs sont à cete époque localisées toujours à droite de l'ombilic, à deux travers de doigt au-dessus du point de Mac Burney. Elles apparaissent une demi-heure à une heure après les repas, durant deux à trois heures. Le 26 mai, veille de l'opération, le malade est purgé. Quelques heures après, il présente une hémorragie intestinale très abondante accompagnée de syncope.

Le 30 mai, il passe en médecine. Il reste sans douleurs quelques jours, puis souffre de nouveau. Douleur siégeant à 3 centimètres à droite de l'ombilic, survenant une demi-heure à une heure après l'ingestion de lait, durant un quart d'heure à peu près. L'existence de l'hémorragie intestinale fait poser le diagnostic d'ulcus duodénal probable. Il reste au repos avec un régime lacto-farineux jusqu'en juillet. Ses douleurs, à la suite du régime, se sont calmées. Il sort de l'hôpital.

Il est mobilisé dans une section d'auxiliaires le 16 août. Quelques jours après, il entre à l'hôpital militaire ses

douleurs s'étant reproduites à la suite de son écart de régime.

Envoyé en convalescence à Neuilly, il y reste trois mois souffrant toujours et rentre de nouveau dans notre service en décembre 1915.

Les douleurs sont constantes, diurnes et nocturnes, sans grand rapport avec l'alimentation. Siégeant sous les côtes à droite, s'irradient en arrière dans la région lombaire et au niveau de l'articulation sacro-lombaire.

L'examen des matières avec le réactif de Meyer indique la présence d'hémorragies occultes dans les selles.

Le 21 janvier 1916, il passe en chirurgie où on pratique une gastro-entérostomie. A la suite de l'intervention les douleurs disparaissent.

Le 21 février : réapparition de quelques douleurs, le malade ayant fait quelques infractions au régime qu'il doit suivre encore quelque temps. La douleur est toujours localisée au-dessus du point de Mac Burney, irradiée dans les lombes.

Le malade est mis au repos et au lait. Les douleurs s'apaisent et disparaissent au bout de 3 semaines.

Il persite seulement quelques légers élancements, survenant dans la journée sans horaire fixe. Plus de douleurs lombaires.

Le 15 mars, le malade se lève : alimentation de lait et purées. Tous les 2 ou 3 jours, quelques douleurs, légers élancements au point de Mac Burney, qui vont en s'espaçant peu à peu jusqu'à 7 à 8 jours sans horaire fixe, non calmées par le repos. Constipation opiniâtre. Selles dures contenant du mucus et des muco-membranes.

Le 25 mars, douleurs plus accentuées, provoquées à la pression au point de Mac Burney et spontanées survenant sans horaire fixe, non calmées par le repos, sans rapports avec les repas. Légère élévation thermique accompagnant les douleurs (37°9 le soir), persistant une dizaine de jours.

Constipation. Un purgatif huileux la fait disparaître et calme les douleurs.

Ces douleurs étaient des sensations de brûlures siégeant au point de Mac Burney et s'irradiant vers l'épine iliaque antérieure et pas dans les lombes.

Depuis le 25 mars poussées de douleurs accompagnées de fièvre si le malade se laisse constiper.

Le 11 mai, quelques élancements au point de Mac Burney; légère élévation thermique. Le malade est passé en chirurgie pour appendicite chronique.

Le 31 mai : appendicectomie. On trouve un appendice adhérent à la paroi de la fosse iliaque, réduit de volume.

L'examen des coupes histologiques montre l'oblitération de la lumière appendiculaire dans la partie médiane qui est sclérosée.

Au niveau de l'implantation de l'appendice sur le cœcum, il y a un épaississement très net de la séreuse péritonéale. Infiltration scléreuse de la sous-muqueuse dans laquelle persistent quelques culs-de-sac glandulaires et quelques follicules lymphatiques augmentés de volume. Atrophie de la muqueuse.

En somme, lésions inflammatoires confirmant le diagnostic posé.

Le 12 juin : Depuis l'opération, disparition des douleurs; l'alimentation est bien supportée La coexistence

La coexistence des deux affections a rendu le diagnostic difficile.

Il fallut qu'une première opération fit disparaître la douleur de l'ulcus (à point de départ à droite de l'ombilic, irradiée dans les lombes) pour que les symptômes appendiculaires se détachent plus nettement dans le tableau clinique : douleur plus bas située, plus appendiculaire, assez semblable à celle éprouvée par le malade lors de sa première attaque en 1905, ne subissant

aucune influence du fait des repas, non calmée par le repos et s'accompagnant d'un mouvement fébrile.

Voici une seconde observation où l'appendicite fut la première encore à se manifester.

OBSERVATION III

L..., 25 ans, coiffeur. Opéré en 1905 pour appendicite. A commencé, après son opération, en 1906, à éprouver des troubles gastro-intestinaux, brûlures au creux épigastrique, ballonnement du ventre. Pas de vomissements, mais quelques renvois acides. Ces troubles se reproduisaient par périodes durant quelquefois 2 mois. Le malade ne souffrait pas le matin, mais vers 3, 4 heures de l'après-midi, pendant une heure environ, et mangeait bien le soir.

Durant la crise, douleur au niveau de la ligne médiane au-dessous de l'appendice xyphoïde, avec tendance à irradiations du côté droit et quelquefois dans l'épaule du même côté.

Jamais de vomissements, sauf un vomissement alimentaire.

En 1911, crise plus forte. Les douleurs le réveillaient la nuit. La crise a duré trois mois et a été calmée par le régime lacto-végétarien.

Ces troubles cessent pendant 15 mois.

En 1913, en mars, le malade vomit un verre de sang à son réveil et, dans la matinée, il a des selles diarrhéiques, de coloration marc de café, qui se sont renouvelées 2 fois dans la journée.

Il entre à l'hôpital. Les selles restent noires pendant

5 à 6 jours. Le 6 avril, ne souffrant plus, il sort de l'hôpital ayant encore des réactions de Meyer très positives dans les selles.

Le 16 avril. — Matières : Meyer = + + +

Le 23 avril. — Matières : Meyer = O.

La radiographie pratiquée à cette époque, après ingestion de 250 cm³ de lait bismuthé, montre l'estomac en écharpe, pylore près du foie. Pas de distension du fundus.

Le 7 mai. — Matières = + +.

Le 11 juin 1913. — Le docteur Ricard pratique une gastro-entérostomie postérieure. Au cours de l'intervention, on note les lésions suivantes : lymphangite blanche formant étoile nacrée sur la face antérieure de la première portion du duodénum, immédiatement au delà de la veine pylorique.

Légères adhérences de périgastrite surtout postérieures qu'il fut facile de rompre au doigt.

Après l'opération, le malade ne souffre plus, fait le métier de chauffeur d'auto et ne suit plus de régime. Mais, le 14 novembre 1915, apparition d'une selle noire. Le 15, le malade se sent mal à l'aise, état nauséeux. Vers 5 heures du soir, syncope, accompagnée d'hématémèse abondante et de selles sanglantes. Le malade entre à nouveau, Les jours suivants, selles noirâtres. Pas de vomissements.

Le lait est bien supporté en quantités croissantes. Pas de douleurs gastriques.

Le 2 décembre, le malade sort. Les selles sont devenues normales.

Le 19 janvier 1916. — Selles : Meyer = 0.

Le 15 mars 1916. — Selles : Meyer = 0.

Voici enfin trois observations recueillies par M. Œttinger :

OBSERVATION IV

Mlle d'A..., 18 ans. Opérée dappendicite le 14 juin 1915. Continue à souffrir. Troubles gastriques depuis août 1915. Douleurs nocturnes, crampes, réveillant la malade. Douleurs tardives (le soir), à siège plutôt abdominal, avec irradiations à droite et sous les côtes droites. Parfois quelques vomissements peu abondants, vers 4 ou 5 heures du soir.

Amélioration progressive sous l'influence du régime et d'une cure de bismuth.

OBSERVATION V

Mlle C... Opérée de l'appendicite en juin 1915, à froid, à la suite d'une crise aiguë ayant obligé la malade à s'aliter quinze jours.

Après l'opération, elle continue à souffrir dans l'abdomen et dans la région appendiculaire; ces douleurs sont plus accusées, surtout dans l'après-midi vers les 5 ou 6 heures du soir et la nuit elles réveillent fréquemment la malade. Leur siège est toujours localisé à droite et, à un examen plus attentif, on peut en préciser le maximum qui se trouve sous les dernières côtes, avec irradiations en arrière dans la région lombaire. Vomissements = 0.

Le régime le repos, amènent assez rapidement une amélioration pour qu'on puisse affirmer qu'il s'agit d'un ulcère duodénal. La reprise d'une alimentation plus abon-

dante et d'une existence plus active ramènent l'apparition des mêmes douleurs qui, de nouveau, se calment par le repos et le régime. Après quelques mois, l'amélioration se maintient.

OBSERVATION VI

Mlle X..., 28 ans. En janvier 1912, après des troubles très peu accentués, caractérisés cependant par quelques pesanteurs d'estomac et une douleur intermittente sous les côtes droites, elle ressent subitement, en rentrant chez elle, un grand malaise, du vertige; puis, dans la nuit qui suit, est prise de coliques avec évacuation de selles noires abondantes Le même malaise se reproduit le lendemain, dans l'après-midi, et s'accompagne d'un vomissement de la valeur d'un demi-litre, vomissement très liquide et très brun; durant 5 à 6 jours, les selles restent noirâtres, puis tout rentre dans l'ordre.

L'examen ultérieur permet de poser le diagnostic très vraisemblable d'ulcère duodénal : pesanteur d'estomac, douleur sous les fausses côtes droites, pas de vomissements. La radiographie montre un estomac ptosé, descendant très au-dessous de la ligne bi-iliaque, placé en écharpe au devant de la colonne vertébrale, le pylore et le bulbe duodénal très visible situé à droite de la troisième lombaire. Pas d'hémorragies occultes. Crise d'appendicite en 1913; opérée par le docteur Roux, en juin 1913.

La théorie toxémique et la théorie embolique ne semblent pas, particulièrement dans le cas d'appendicite chronique, fournir une explication pleinement satisfaisante des relations de l'ulcus avec l'appendicite.

Il paraît plus rationnel d'admettre que les deux affections découlent l'une et l'autre d'un trouble du chimisme gastrique (caractérisé par de l'hyperacidité et de l'hypersécrétion) qui serait la cause directe de l'ulcus gastrique comme de l'ulcus duodénal. Mais son rapport avec l'appendicite pourrait paraître moins évident. MOYNIDAN, dans le *British Medical Journal* de janvier 1910, avait déjà signalé les relations entre la dyspepsie acide et l'appendicite.

Irritation directe. — N'observe-t-on pas fréquemment une constipation opiniâtre chez des malades atteints d'un ulcus gastrique ou duodénal? Ne serait-il pas permis de voir dans cette constipation le résultat de phénomènes digestifs trop complets aboutissant, en dernière analyse à ne laisser qu'un résidu intestinal extrêmement réduit, condition éminemment favorable à la stase intestinale et à l'irritation permanente de la muqueuse colique.

Irritation reflexe. — A cette irritation directe de la muqueuse, vient s'ajouter l'action réflexe de l'estomac sur l'intestin. Les spasmes douloureux de l'intestin qui sont si fréquents chez les gastro-ulcéreux, particulièrement au moment de leurs crises, auraient pour point de départ un réflexe parti de l'estomac et aboutissant à l'intestin — au côlon en particulier. Ils augmentent encore la constipation, chez des malades qui y sont déjà prédisposés de par leur régime composé d'aliments presque entièrement assimilables (lait,

bouillies, pâtes). Tantôt, c'est une constipation banale cédant au bout de quelques jours aux moyens ordinaires; mais il arrive, comme l'a dit MATHIEU, que les malades après plusieurs jours de rétention ont des débâcles accompagnées de douleurs et de coliques, composées de 3 ou 4 selles successives dont les dernières ont tendance à être liquides et glaireuses. La répétition de ces phénomènes ne tarde pas à aboutir à la colite qui s'installe en permanence. Gaston LYON, l'un des premiers, eut le mérite d'insister sur l'importance primordiale du trouble d'innervation dans la pathogénie de la colite. Ce trouble de la sensibilité, de la motilité et de la sécrétion qui caractérise la dyspepsie colique serait sous la dépendance, soit d'une irritation primitive de la muqueuse par la stase intestinale au niveau du côlon, soit d'un réflexe parti de l'estomac.

On connaît, d'autre part, les rapports fréquents qui unissent la colite à l'appendice chronique. Contrairement à l'opinion de DIEULAFOY, ces deux affections ne s'excluent nullement car « entre l'intestin et l'appendice il y a échange réciproque de mauvais procédés. » (RICHELOT).

De la côlite à l'appendicite, l'étape est vite franchie. Comme l'a dit RECLUS « l'entérite, toutes les entérites ne s'arrêten pas à l'insuffisante valvule de GERLACH; trop souvent, elles envahissent l'appendice et trop souvent elles se cantonnent dans cet organe désastreux; ce cœcum de cœcum; ce diverticule de diverticule; ce cul-de-sac de cul-de-sac; cette fistule borgne interne, qui semble uniquement créée pour exalter la virulence

Notons, enfin, que M. Walther — dans son rapport du XXIVe Congrès de Chirurgie — insistant sur les coïncidences de l'ulcus et de l'appendicite, a montré que, dans certains cas, il avait été nécessaire de pratiquer, chez des malades appendicectomisés antérieurement, une opération sur l'estomac, en raison de l'existence d'un ulcus, en particulier d'ulcus juxta-pylorique et pylorique. D'autre part, des malades ayant subi une gastro-entérostomie avaient été obligés ultérieurement de s efaire enlever l'appendice.

Il conclut par ce conseil : toutes les fois qu'on pratique une gastro-entérostomie pour ulcus, il est bon d'examiner, et au besoin d'enlever l'appendice.

CONCLUSIONS

1° Les symptômes de l'ulcère duodénal — abstraction faite de l'ulcère pyloro-duodénal — ne permettent dans la plupart des cas, que de poser un diagnostic de probabilité.

2° Rappelant, par certains côtés, les symptômes de l'appendicite chronique, l'ulcère du duodénum est fréquemment méconnu ou confondu avec cette affection.

3° Cette erreur est d'autant plus aisée à commettre que la coïncidence de l'ulcère du duodénum et de l'appendicite chronique est un fait fréquemment observé. D'après vos observations, l'appendicite coexisterait avec l'ulcère du duodénum dans la proportion de 23,8 %.

4° La coexistence de l'appendicite et de l'ulcère du duodénum paraît pouvoir être aisément expliquée :

l'ulcère du duodénum, de même que celui de l'estomac, est, au point de vue pathogénique, sous la dépendance de troubles digestifs caractérisés par des modifications de la sécrétion stomacale (hypersécrétion et hyperacidité) et de la motricité. Les troubles intestinaux secondaires : la constipation, la côlite, qui se développent fréquemment en pareil cas, expliquent aisément la genèse de l'appendicite.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : Le Président,
CHAUFFARD

Vu : Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — A propos des symptômes des ulcéres du duodénum et des ulcères gastriques (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. Paris, 1910, p. 653).

ACHESON. — Dnodénal ulcer (Dublin, j. of. med.) Sc., 1910 p. 170-182).

ADLER. — Diagnosis of ulcer of the stomach and dnodenum by the Rœtgenray (j· Amer. Med. Assoc., 1910, p. 1725).

ALLBUTT. — Duodenal ulcer and appendix dyspepsia (Brit. M. J. 1910, p. 413).

AUSTIN. — Gastric and duodenal ulcer reparting five recent cases of two successfull gastro-enterostomie (Central states M. Monit-Indianopolis, 1906, t. IX).

AUVRAY. — A propos du diagnotic de l'appendicite (Journal des Praticiens, avril 1906).

BAISOIU. — Contribution à l'étude clinique de l'ulcère du duodénnm (Thèse de Paris, fév. 1912).

BÉCLÈRE et MÉRIEL. — (Rapport au XXV congrés de chirurgie Paris 1912, p. 68).

BERNARD. — Côlites muco-membraneuses et appendicite.

BOAS. — Etiologie et pathogénie de l'appenciclte (Soc. de méd. int., Berlin, 18 mai 1908).

BROOKS. — Three cases of duodenal ulcer ; tuoo with symptôms of acute appendicitis (Proc. N.-York Pathol ; Soc., 1901, p. 81).

BUCHOY. — Ulcère dn duodénum sou étude clinique (Arch. générales de méd. 1887, p. 398, 526, 691).

CAILLÉ. — Que faut-il entendre par ulcus du duodénum (Archives des mal. de l'appareil digestif, avril 1911).

CAIRD. — A discussion on Duodenal ulcer ; its diagnostic and treatmeut (Edimb. M. J. 1911, p. 318).

CAYRD. — Discussion au the duodenal ulcer (Edimburg méd. journal, N. S. t. VI n° 4, avril 1911, p. 671)

CHENAY. — Dnodenal ulcer, diagnosis. The med. journ. of méd. surg., t. CXLI, n° 3, mars 1911.

CHENEY. — The diagnosis of duodenal ulcer (Amer. J. M. Sc., 1911. p. 328).

CODMAN. — The diagnosis of ulcer of the duodénum (Boston med. and, Surg. J., t. CLXI p. 767, etc., 1909).

Collin. — Etude sur l'ulcère simple du duodénum. Thèse de Paris, 1894.

Comby. — Ulcère du duodénum chez les enfants (Arch. de médecine des enfants, 1910, p. 135.

Couteaud. — Ulcère du duodénum (Bull. et mém. de la Soc. de Chir. Paris, 1010, p. 1197).

Cramer. — Studiés of the patogenesis of app. (Am. of Surg., juin 1902).

Delajenière. — L'ulcère du duodénum (Bull. et mém. de la Soc. de chir. Paris 1910, p. 1054.)

Delagenière et Langevin. — L'ulcère du duodénum (Archives médico-chirurg. pro.,1911. janv. et fév.)

Destot. — Sur l'ulcère du duodénum (Soc. chirg. de Lyon, 9 mars 1911, in Lyon chir. t. V n° 6, — 1er juin 1911 — du 8 juin 1911 t. VI, n° 3, 1er septembre 1911.

Dieulafoy. — Cliniques 1897-1905.

Drumond and Morison — The diagnosies and operative treatment of chronic gastric and duodonal ulcer, on experience of three andifaha years (Brit. med. journ ; n° 2532, 10 juil. 1909, p. 67.

Dureh. — App. et entérocolite, (Pr. méd. 1906).

Einhorn. — Ueber das Duodenalges chw. und seine Behandlun (Deutche med. Wochen, 1909, n. 37).

— Eine méthode, den Pylorus und das Duode-

num zu Katchetérisieren (Arch. f. Verdanungskrank, 1910, p. 727 in Archives des mal de l'app. dig., 1911).

— Erfahrungen uber den Duodenalinhalt (Deutche. Woch. 1910, p. 1519.

Fowler. — Duodenal ulcer (Intern. J. Surg. New-York, 1911. p. 113.

Friedmann. — Report of case of duodenal ulcer with a suggestion as to etiologie (Med. Rec 1911 p. 649 An, de méd de New-York.

Gaultier. — Ulcère simple du Duodénum (Intern. Beitz Z. Path. und Therap d Ernahrungstor, 1910, p. 263).

— Ulcère du duodénum (journ, méd. franc. 1911, 15 juin).

— Maladies du duodénum, 1910.

— Les méthodes d'exploration clinique du duodénum (Pres. méd. 27 mai 1911).

Garan. — Le point de Mac Burney et le point de Lanz (Lyon chir., mai 1910).

Girou. — L'appendicite chronique simple (Thèse Paris 1913).

Gouget. — Le Diagnostic de l'Ulcère du duodénum (Presse Médicale, 1911, p. 587).

Gross. — Zur Diagnose des Duodenalgeschwürs (Wien Klin. Wochen., 1910, p. 263.

— A contribution to the diagnosis of duodena ulcer (Med. Ric. 1911, p. 720).

GUNZBURG. — Zur Diagnose des Duedenalgescchwürs (Deutche med. Wochen, 1910, p. 1318).

GLÉNARD. — Sur l'app. et l'entéro-colite (Ac. Méd., 20 Avril 1897).

HABRERER. — Diag. des app. chron. P. méd., 1908, p. 88) App. chron, adhésive (Mitteil aus den Grengel der Med. u. chir. vol. 18, 1908).

HARTMANN. — Discussion à la Soc. de Chirurgie (Bull et mém. de la soc. de chir., 1910, n° 32).

— Sur deux cas d'ulcère du duodénum (Bull. et mém. de la soc. de chir., 7 mars 1911).

— App. et entéro-colite (Revue gén. des Sc. 1905.

HEAD. — Cité par Lejars in sem. méd., 1908 n° 11.

HERSCHELL. — On the diagnosis of duodenal ulcer; with spécial référence to the value Cammidgés pancreatic réaction (Med. Press. 8 circ., 1910, p. 406).

HERTZ. — Duodenal ulcer (Med. chron. 1909-1910 p. 279-288).

— Duodenal ulcer (Guy'shosp. Gaz. 1909, p. 332-337).

HOLZENECHT. — Die duodenalstenose durc Fullüng und Péristaltik radiologisch erkeimbar (Deutche Zeitschrift für chirurgie, 10 mai 1910).

— Comment se comporte normalement le duodénum devant l'écran radioscopique. (Zentralbl. J. Physiologie, 1910, p. 975. — Am. in Archives des mal. de l'app. digestif, sep. 1911).

Hood. — Duodenal ulcer. (clin. J., 1898-1899, p. 135).

Houdart. — L'ulcus simple du duodénum (thèse de Paris 1913).

Hutchinson. — Discussion on the diagnosis and treatment of duodenal ulcer (Proc. Roy. Soc. méd. Lond., 1909-1910. Surgic-sect 97).

Jalaguier. — (Soc. chirurgie vol. VI 1898. Paris) Procédé opératoire. (Pr. méd. 1897, n° 10) Soc. chir. 14 Fév. 1900).

Kemp. — Ueber die Diagnose und Behandlung des nicht perf. Duodenalgeschw (Zeitschr. J. Klinische méd.. 1011. Bd, 72 Hf. 5 n° 6).

Hlemm. — De l'app. chr sans crises, ses relat. av. l'atonie du éœcum, le cœcum mob. et les états similaires (Arch. j. Klin. chir. t. XCV. fasc. 3, 1911).

Lecène. — Ulcère du duodénum (Revue de chirurgie, 10 avril 1911).

— Soc. anatom., Paris 1911. (Bull. et mémoire, nos 5 et 6)

Langenhagen. — De l'entéro-colite muco-membr. (sem-méd., 1898 p. 2).

— Sur l'évolution et la pathogénie de l'entéro-colite muco-membr. (Pr. méd., 2 avril 1910).

LANZ. — Der Mac Burney'sche Punckt (Zentralbl. j. chir 15 février 1908) Appendikostomie (Münchner med Woch. 23 janvier 1906.

LE DENTU. — Typhlocolite et app. Acad. méd., 12 juin 1906),

LEGUEU. — Deux monographies sur l'app. (Coll. des Monographies chir.)

— Clin. Hôp. Laénnec in journal praticiens, 1910, p. 709.

LEJARS. — Typhlité et périthyphlite (Sein. médic., 9 mai 1906).

— Les points douloureux appendic (Sem. méd. 9 mai 1908).

— Les diverticules de l'app. (Ibid. n° 45, 1911).

— (Soc. Chir. 10 février 1904).

LETULLE. — App. ei tuberculose de l'app. (Revue de la Tuberculose 1905 n° 1).

LEVEN et BARRET. — Diagn. d'app, et radioscopie gastrique (Pres méd. 1909, n° 96.

— (Soc. radiol. méd. 12 oct. 1909).

LOCKWOOD. — The relationships betwen colites and app. (Brit. méd. journal, mars 1905).

LŒPER. — L'ulcère du duodénum, in maladies du tube digestif (Debove, Achard, Castaigne) p. 255.

Lœper et Esmonnet. — Les points douloureux de l'artère iliaque droite et le faux points appendiculaires. (Bull. Médic., 28 mai 1910.

— Algiès sympathiques et hyperesthésies de l'abdomen. (Presse médic., 28 août 1910).

Mac Burney. — On appendicitis (New-York Médiç. jour nal 21 déc. 188, p. 678).

Mahnert. — App. et ulcère d'estomac (Mitteil. aus den Grenzeb der Méd. u. Chir. 1907, XVIII, 3).

Mathieu. — L'ulcère simple du Duodénum in traité des maladies de l'estomac et de l'intestin 1901.

— L'ulcus du duodénum (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris 1910, 2 novembre).

— Contribution à l'ulcus duodénal vrai (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. Paris, séance du 2 Déc. 1910).

— Un cas typique d'Ulcus vrai du duodénum académie de médecine (Archives des mal. de l'appdig., 1911. p. 512).

— L'ulcus du duodénum (Paris médical, juin 1911.

— L'ulcère vrai et invétéré du duodénum (Revue gén. de clinique et de Thérap. Paris 1910, p. 837).

— Rapport sur l'ulcère du duonénum à la soc. de chir., 8 nov. 1910, p. 1021 (rapport de Ricard).

MAYLARD. — The symptôms and diagnosis of duodenal ulcer (Glascow M. J. 1910, p. 1-12).

MAYO. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum étudiés à la faveur des opérations (Annals of Surgery 1907 t. II p. 870).

— Some observations on the désorders of the stomach udd duodenum with special reference to ulcers(Boston M. and S. J. p. 477-482).

MAYO ROBSON. — (Britisch Med. J. 1306, nov.)

MAUCLAIRE. — L'ulcère du duodénum(Revue gén. de Clin. et de Thérap. 1910, p. 500).

— Clinique sur l'app. (Bull. Méd. 20 sept 1889).

MENDEL. — Zur diagnose und Thérapie des ulcus duodenal (Deutche méd., Wochen 1910, p. 1701).

MITCHEL. — Duodenal ulcer ; its diagnosis and treatment, with illustrative cases (Tr. Roy. Acad. M. Irland, Dublin, 1907-1908. p. 76).

MOORE. — The diagnosis of duodenal ulcer (South. Calif Pract., 1911, p. 61).

MARRIS. — Mac Burneys poind ane another point in appendix diagnoses (J. of the Amer. med. Assoc., 25 janv. 1908).

— Harmfull involution of the appendix New-York Médical Record, avril 1907).

MOGNIHAN. — Duodenal ulcer. (The Lancet, 11 octobre 1904).

— A clinical lecture on duodenal ulcer (med. Press ana Circ. Londres, N. S., tr LXXXVI, 1908 p. 110).

— Duodenal ulcer (1910 Saunders étiteurs, Londres et Philadelphie).

Nœuderfer. — Sur l'ulcère du duodénum (Discussion au XL congrès d'association allemande de chirurgie. Berlin, avril 1911 In supplément du Zentralblatt für chir. t. XXXVIII n° 29, 22 juillet 1911).

Œttinger. — Des symptômes de l'ulcère du duodénum (Soc, méd. des hôp. de Paris, in Bull. et Mém. 3me série t. XXVI n° 17, 25 mai 1911 et n° 18 1er juin 1911.

— Ulcus nodenal et cholélithiase (Paris médical juin 1913.

Parry. — Ulcère du duodénum (Soc. med. de chirurg. de Glascow, 17 février 1911).

Parry and Shaw. — Guy's Hosp. Reports, 1894.

Pauchet, — L'ulcère du duodénum (Archives des mal. de l'app. digestif 1908 p. 95).

— Ulcère duodénal (Gazette médicale de Nantes, 14 octobre 1911.

Paterson. — The association of duodenal ulcer with appendicular diesease (Lancet, 1911, p. 97).

Petrivalsky. — Recherches cliniques sur l'ulcère du duodénum (Casop. lek, cesk. Prague, 1908, p. 664, 695, 724).

POWER. — A clinical lecture on a case of duodenal ulcer (clin. J. Lond., 1909-1910, p. 209)

RANKIN. — A clinical lecture of duodenal ulcer (Brit M. J. 1910, p. 181)

RECLUS. — App. et typlhocolite (Pr. méd. juin 1906, comp rendu in extenso d'une comm. à l'Acad; méd., 5 juin 1906).

— Bull. méd. 1904).

— Gazette hôpitaux 1909 n° 119

ROVSING.—IndirektesHervorrufen destypischen Schmerzes an Mac Burney'sche Punckt (Zentralb. f. chir., 26 oct. 1607).

RICARD ET PAUCHET. (Rapport au XXIIIe congrès de chirurgie octobre 1910).

ROBSON. — The pancreatic réaction in the diagnosis of duodénal ulcer (Lancet 1910, p. 330).

QUÉNU. — Bulletins et mém. de la Société de chirurgie, 1910, n° 34).

SCHERREN. — On duodenal ulcer ; its diagnosis and surgical treatment (Med. Press. et Circ., 1909, p. 372).

SOULIGOUX. — L'Ulcère du duodénum (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, 1910; p. 1088).

SMITH. — A clinical lecture on gastric and duodenal ulcer (Brit. M. J., 1910, p. 673).

SOUPAULT. — Traités des maladies de l'estomac, 1906.

STAVARD. — App. chronic (The Practitioner, juin 1910.

STANMORE BISHOP. Corrélation et distinction entre certains signes dans les affections abdominales sur 124 opérations pour ulcères du duodénum et ulcères gastriques ei 110 pour appendicite (The Britis-méd. journal, n° 2679, 4 mai 1912.

THOMPSON. — Diagnostic et traitement de l'ulcère chronique de l'estomac et du duodénum (Brit. Med. J. 13 mars, 1909 (In archives des mal. de l'app. dig., 1909.)

TURCK. — Etiologie et Pathogénie de l'ulcèae du duodénum. Zeitsch. f. experiment. Pathologie, et Therapie, t. VII, f. 3, 4 avril 1910, p. 615.

TUFFIER ET AUBOURG. —Raidioscopie du duodenum Presse médicale 29 avril 1911).

TUFFIER ET JEANNE. — Contrib. à l'étude de l'app. (Revue de Gynécol. et de chirurg. abd. 10 juin 1899.

TUFFIER. — L'ulcère du duodenum (Bull. et méd, de la Soc. de chirurgie de Paris, 9 nov. 1910).

UMBER. — Ulcus du duodénum (Therapie a Gegenwart, 1910, n. 10)

WALTHER. — Société de chirurgie, mars 1899, Février, mars et juillet 1900 p. 157, 180, 822. Papport au XXIV congrès de chirurgie.

WILKIE. — Embolies veineuses rétrogrades comme causes d'ulcères gastriques et duodénaux aigus (Edim. méd. journ., 1911, p. 391).

— Gastrite et ulcère du duodénum par embolie veineuse rétrograde (Arch. gén. de chirurgie t. V. n° 10, 25 Octobre 1911.

WINIWARTER. — Ulcère du duodénum (Scalpel et Liège méd. t. XII, p. 695).

WEIL MARG, — Points douloureux addominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils comportent (Thèse de Paris 1911).

WITHE. Duodenal ulcer (Boston M. a S. J. 1911, p. 482

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE